

التشيخ والشيخوخة : معطيات وتحليلات

عبد اللطيف بربيش

لقد كان حلم الإنسانية دوماً أن يتحقق لها الخلود، أو على الأقل الحياة الأطول. وهذا الحلم أصبح على وشك أن يصبح حقيقة واقعة. ذلك أنه بفضل التقدم العلمي صار بمقدور الإنسان، وهو مبدع آثار وإبداعات عظيمة، أن يتدخل في مصيره وفي مدة بقائه على قيد الحياة فوق البسيطة. وبالفعل فإنه ومنذ عهد قريب ظهرت مناهج مخبرية تطبق على حيوانات كالفئران والأسماك تحقق إطالة الحياة بنسبة 25 إلى 30 ٪ وذلك في ظروف ممتازة. هذه المناهج المخبرية تقوم على تبطيء تطور التشيخ السوي، أو على تعزيز الآليات البيوكيماوية التي يفترض أن تقاومه، بدون تدخل في الثوابت الوراثة أو تعديلها⁽¹⁾⁽²⁾.

من ناحية ثانية، وبفضل التلقيحات وغيرها من التدابير الصحية والوقائية، تمكن الإنسان راهنا من القضاء على جزء كبير من الأمراض التعفنمية والمعدية، ويأمل في مستقبل قريب نسبياً أن يعطي لحياته بعداً يحرره من أوهان الشيخوخة، ويمنحه وضوح الذهن ومضاء موازاةً مع صحة جسمية جيدة، كما يتيح له دفعة تطويرية تتيح له أن يستعمل كل طاقاته العقلية وينتفع منها. لقد حقق الإنسان تقدماً هائلاً في الآونة الأخيرة، إلا أن تطلعه لا يصل إلى حد إطالة الحياة إلى أقصى حد، وإنما إلى العمل على أن يرتفع معدل الحياة، وبالفعل فقد تضاعف هذا المعدل خلال بضعة عقود، وهذا الإنجاز أدى إلى أن عدد

الأشخاص المسنين في حدود الستين سنة سيصل إلى مليار شخص بعد مضي ربع قرن من الآن، 72 ٪ منهم ينتمون إلى البلدان السائرة في طريق النمو.⁽²⁾

ارتفاع متوسط الأمل في الحياة من جهة وتقلص وفيات الأطفال من جهة أخرى، سيكون من شأنهما تشيخ الساكنة العالمية بأكملها فيها ساكنة العالم الثالث.

على ضوء هذه المعطيات التمهيدية سأتطرق في مرحلة أولى لمفهوم التشيخ الفردي، ثم سأستعرض نظريات التشيخ السوي (Vieillessement normal) مشيراً إلى آثاره على أعضاء الإنسان، وكذا تجليات التشيخ المرضي وآثاره، وفي مرحلة ثانية سأتناول بإيجاز تشيخ الساكنة.

مفهوم التشيخ السوي

إن التشيخ السوي تطورٌ طبيعي يتبدى بازدياد الإنسان وينتهي بوفاته، وتترتب عنه تغيرات تكون أحياناً ضعيفة لا تكاد تُدرك، وأحياناً أخرى تكون قوية وضاجة خصوصاً في بعض الفترات الأساسية من حياة الإنسان. هكذا يعرف التشيخ بأنه مجموع التغيرات العضوية والوظائفية والنفسية التي تطرأ على الفرد طيلة حياته وهي تغيرات يكون منظوراً إليها في مرحلة الطفولة والمراهقة على أنها إيجابية، وفيما بعد عندما يتقدم الإنسان في السن، ينظر إليها سلباً كعجزٍ لُترادفٍ في النهاية انحلال الجسم. في هذا الصدد نقول عن الطفل إنه ينمو، وعن المراهق إنه ينضج، وعن الشخص البالغ إنه يشيب، وكل شخص يكبر وينضج ويتشيخ بطريقة متميزة تتوافق مع طبيعة استقلابه وتشكيلته النفسية.

وتربط الشيخوخة في غالبية المجتمعات بانخفاضٍ لا مفرٍّ منه للقوة الجسمية مع ضعف القدرات العقلية والإبداعية، والإصابة بأمراض جسمية تتطور إلى أن يقع التفسخ الذي يسبق الوفاة.

وهنا نسجل بالنسبة للتشيخ السوي أن الشيخوخة تحدث بصفة متدرّجة ودون ظهور أعراض مرضية رغم التغيرات العديدة التي تصحبها والتي تشكل

سَيَرورة التشيخ السوي، لذلك تُعتبرُ مرحلة من مراحل الحياة تمتاز باكتمال العقل وامتلاك الخبرة والحكمة والوقار.

مع ذلك فإن اختلاف المفهوم بين التشيخ والشيخوخة يُلَفِّه بعض الغموض لما يُداخله من مشاعر الألم والحسرة لأن الشخص المسن ينفع سلباً بإحساسه بأن النهاية قد أوشكت، كما يقول الفيلسوف الفرنسي صامويل ليفيناس Samuel levinas "أن يشيخ الإنسان معناه الفعلي الضياع، على الأقل أن اللحظة المُمْتَكة تصبح في خبر كان".

نظريات التشيخ (2)(3)(4)

ننتقل الآن إلى استعراض عام لنظريات التشيخ بادئين بالتشيخ السوي، وهي نظريات متعددة أحصاها (ميدفيديف) سنة 1990 في حوالي 300 نظرية سنقتصر على ذكر الأهم منها وهي تجد أصولها في الرفض الغريزي للموت الذي يكبر مع الانحلال التدريجي للوظائف الدماغية مقارنةً مع بعض الوظائف التي لا تُؤثّر إصابته على جسم المُسن.

خلال سيرة التشيخ تطرأ تغيرات تَمُسُّ جميع الأعضاء بكيفية مختلفة. وتكون إحدى هذه التغيرات أساسية ومُرتبطة بالية (Mécanisme) متعددة العوامل قد يكون سببها الرئيسي موجوداً في الحامض النووي أي آل (ADN) الذي يحمل المورثات أو الجينات.

حسب هذه النظرية "الوراثية" قد يكون التشيخ مُبرمجاً ومُثبتاً منذ أطوار الجنين الأولى ويرجع إلى إتلاف في جزيئات آل (ADN) ويُحتمل أن تكون هذه الجينات مسؤولة لا على التشيخ نفسه وإنما على عديد من الأعراض الثانوية والهامشية التي تتماشى مع التشيخ. وليس من المعقول أن نعتقد في وجود جينات تحدد تسارع التشيخ، كما توجد جينات أخرى تحدد الأصناف الدموية أو لون

العين... ومعلوم اليوم أن تشيخ شخص ما هو من جهة نتيجة لظروف حياته بما فيها البيئة والتقلبات المناخية والصدمات والانفعالات إلخ... ومن جهة أخرى نتيجة لتأثير جينات متعددة تتفاعل بشكل غير مباشر.

وهنا أود أن أبدي ملاحظة - بكيفية عارضة - وأقول إنه بعكس ما ينطبق على التشيخ فإنه اكتشف في السنة الماضية جين أو جينات مرتبطة بطول الحياة Longévité فقد أعلن الدكتور Thomas Perle في "حوليات الأكاديمية الوطنية للعلوم" بالولايات المتحدة عن اكتشاف فريقه في مدينة بوسطن لمجموعة من الجينات توجد في الصبغية الرابعة (Chromosome 4) وقد حصل هذا الاكتشاف بعد أبحاث ودراسات طويلة المدى ومُعَمَّقة أجريت على 308 من الإخوة والأخوات المُسنين الذين يفوق عمرهم التسعين ويتراوح بين 91 و109 سنة. وإذا كان قد تمّ تموضع هذه الجينات في الصبغية الرابعة (Chromosome 4) فإنه لم يتم بعد تحديدها بدقة.⁽⁵⁾

إن أعراض التشيخ تظهر في تعاقب زمني خلال التطور الطبيعي، أي خلال مراحل مختلفة ومتعاقبة في الجسم وهي : مرحلة المَضَغَة ، ومرحلة الجنين، ومراحل الرضاعة والطفولة والمراهقة والنضج والشيخوخة، ويفترض هذا التعاقب الزمني إشغال جينات مختلفة طوال مراحل العمر، تسهر على وظائف استقلابية (Métaboliques) أساسية ومتناوبة، ثم سيبتل عملها بشكل تدريجي وفي مراحل معينة من النماء : المثال الواضح هنا هو المتجلي عند المرأة من جراء انقطاع الطمث (Ménopause).

توجد أيضا نظريات مشروطة بعامل الصدفة ويطلق عليها بالنظريات العرضية، (Théorie stochastique) تنبني على المبدأ التراكمي للأعطاب المتنوعة الناجمة عن عوامل داخلية أو خارجية وينتهي الأمر بتلك الأعطاب أن تبلغ حداً لا يتلاءم مع البقاء على قيد الحياة.

تنتج الأعطاب الأولى عن عوامل جُوانية تسمى بالجذور الحرة أو بالجذور المحملة بالأكسجين (Radicaux libres ou oxygénés)، وهذه الذرات تحمل إلكترونات غير ثابتة تتفاعل بشدة مع الأعضاء وتمثلُ خطراً على خلايا الجسم التي يمكن أن تموت ما لم يقع تحييد هذه العناصر الممزوجة بالأكسجين بواسطة إنزيمات خاصة.

أما الأعطاب الآتية من الخارج فيرجع السبب فيها إلى عوامل مختلفة خارجية كالأشعة فوق البنفسجية، فالمقدار اليومي الذي يتلقاه الإنسان من الأشعة فوق البنفسجية مثلاً يُثير ثلاثين إلى خمسين ألف خلل جزيئي في الحامض النووي داخل خلية واحدة من خلايا الجسم، ومن المعلوم أن الخلية تصلح بسرعة معظم الأعطاب التي تصيبها، لكن آلياتها في الإصلاح ليست دائماً ذات فعالية كاملة أو كافية لمنع حدوث التشيخ.

النظرية الثالثة في شرح التشيخ هي نظرية المناعة (Théorie immunologique) المرتبطة بالأعضاء في مجملها. وتنطلق من المبدأ القائل إن طاقة المنظومة المناعية تضعف مع توالي السنين، وأن تغيراتها تطراً ليس فقط على الخلايا والأعضاء ولكن تشمل الجسم كله. ولعل أفضل تشخيص لهذه النظرية هو من خلال الأمراض الناتجة عن التحصين الذاتي (Maladies auto-immunes)، ومنها بعض الأمراض كمرض "الذأب الحُمامي المنتشر" (Lupus erythemateux disseminé). وهذا المرض يكون مصحوباً بتنوع كبير من الأجسام المضادة لمستضدات المريض (Antigènes) الآتية من الحامض النووي ووجود هذه المضادات في دم الإنسان يقودُ إلى تشخيص هذا المرض.

ومن الممكن جداً أن لا تكون واحدة من النظريات التي ذكرنا المهم منها بكافية لشرح مجموع التغيرات التي ينتج عنها التشيخ، وذلك لتعدد عوامله ولتعدد الظواهر التي تميّزه. ومن اللازم الرجوع إلى محصلة هاته النظريات مما يتيح مقارنة أصوب لفهم نشوء التشيخ.⁽⁶⁾

ويجب التأكيد على وجود عامل غير ثابت بين الأفراد يرجع إلى اختلاف العمر الزمني عن العمر الفيزيولوجي الوظائف مما تصعب معه معرفة الوقت الذي يدخل فيه شخص ما حالة الشيخ. المؤكد هو أنه حين يبدأ تراجع النماء، ويكون هذا التراجع مصحوباً بمحدودية القدرات الجسمية والنفسية، فإن الشخص المعني يعي أن ملكاته بدأت تضعف. ولقد سبق للورد بيكونسفيلد (Beaconsfield) المعروف باسم دزرائيلي (Disraeli) الذي مكث طويلاً كوزير أول للملكة فكتوريا والذي كان كاتباً وروائياً، سبق له أن ميز ثلاث مراحل في الشيخوخة : الأولى يعي فيها الشخص المسن ضعف ملكاته، والثانية يعي فيها الشخص المسن والأشخاص المحيطون به في نفس الآن بذلك الضعف، والثالثة لا يعي بضعف المسن فيها إلا الأشخاص المحيطون به وحدهم.

إن التغيرات التي تحصل بفعل الشيخ تمس أولاً الخلايا، وينجم عن ذلك في البداية تقلص الوظيفة الخلوية ثم هلاك الخلايا، وأخيراً تقلص وظائف الأعضاء التي تشكلها تلك الخلايا. والحال أن جميع الأعضاء تمتلك طاقات قوية للادخار الوظيفي (Réserve fonctionnelle)، وهو احتياطي حيوي يترتب عن انخفاض طاقته ضيق هامش السلامة حين تظهر "صعوبة" ما.

إن كل ما ذكر يشرح كون أعراض الشيخ عند الأشخاص المسنين لا يكون موعياً بها ، ما دامت الأعضاء تقوم بوظائفها، إلا حين تقع الإصابة بمرض معين، وهذا يبين أن من سمات حالة الشيخ الهشاشة، إن على مستوى الجسم أو النفس أو العلاقات الاجتماعية.

مفاعيل الشيخ

إن ضعف وظائف الأعضاء الناجم عن ضعف الوظائف الخلوية وهلاك الخلايا ، يتنوع حسب التغيرات الجسدية أو الفيزيولوجية أو النفسية للشيخ :

فمن الناحية البيولوجية يتجلى ارتفاع وتيرة الترددي في كل خلية وكل نسيج في الهزال والتنشف والانكماش. من جراء كل هذا يصاب الشخص المسن بضعف تغذية الخلايا والإضرار بغشائها.

وعلى مستوى النسيج الضام (Tissu conjonctif) يحدث نقصان في المكون الهلامي (Collagène) ومادة الإيلاستين التي تعطي للجلد لدانة وليونة ويظهر هذا النقصان على الجلد بسبب ذوبان النسيج تحت الجلد فيصبح رقيقاً ولامعاً ومتموجاً.

وعلى مستوى الأعضاء كلها يحدث انخفاض في مقدار الماء الذي يوجد داخل الخلايا (Déshydratation intra-cellulaire)، كما يحدث ارتفاع نسبي للنسيج الدهني.

وهكذا يصاب الجهاز العصبي بفقدان بعض الخلايا العصبية وانكماشها وانخفاض السيولة الدموية في الدماغ، وتتقلص الهرمونات الوسيطة (Neuro-médiateurs).

وعلى مستوى القلب والشرابين يلاحظ وقوع حالة عصاد (Athéroma-tose) ينجم عنها انسداد في شرايين القلب وتصلب شراييني عام وانخفاض في صبيب القلب (Débit cardiaque) واختلال في إيقاعه (Trouble du rythme).

وعلى مستوى الجهاز التنفسي يلاحظ انخفاض في مساحة الخويصلات الرئوية (Surface alvéolaire) الشيء الذي يتسبب في تقلص التبادلات الغازية في الرئة وضعف في سعة الرئة الحيوية (Capacité vitale).

وعلى مستوى الجهاز الهضمي يلاحظ حدوث حالة عصاد وضمور في الغشاء المخاطي، وتباطؤ في التفريغ مع انقباض مزمن وتمثل سيء للمواد الغذائية يتبعه الهزال.

ومما يحدث أيضاً فقدان ملكة التحمل (Adaptation) بشكل تدريجي، وخاصة تحمل التقلبات الجوية والأمراض وتعب الشغل. أضف إلى هذا الهزال وانخفاض الوزن واسترخاء الأعضاء والجلد. كما يلاحظ ضعف في الوظيفة الجنسية بشكل متدرج وواضح حسب الأمزجة والعادات المكتسبة.

وعلى الصعيد العاطفي والعقلي تنخفض ردود الأفعال الوجدانية بتقدم سن الشخص. كما ينخفض الانتباه إلى الشيء الذي يعتبر مظهراً عقلياً للتشيخ السوي ويمنع المسن من أن يركز ذهنه على مهام متعددة وفي نفس الوقت. ويؤدي به إلى صعوبة إدراك الجزئيات، ويزداد عدم الانتباه خطورة بسبب النقصان الذي يلحق السمع والبصر في بعض الأحيان.

فيما يتعلق بالذاكرة فإنها تضعف وتحدث اختلالات تعتبر هي الميزة الرئيسية لما يصيب القدرة العرفانية (Altération cognitive) من تدهور في حالة التشيخ السوي. والحقيقة أنه من الصعب معرفة درجة النسيان التدريجي لأنه، ومع السنين، تحدث سلسلة من الاختلالات المشار إليها في الإدراك الحسي كالسمع والبصر والشم واختلالات في ملكة الانتباه تؤثر على التذكر بشكل واضح.⁽⁷⁾

وينبغي التنبيه هنا إلى أن ضعف الذاكرة يتعلق في البداية، لدى الشخص المسن، بالأشياء الحديثة الوقوع أو التي وقعت قبل دقائق أو لحظات قليلة، في حين يمكنه أن يتذكر أحداثاً وقعت في الماضي البعيد. وقد تأكد أن ضعف الذاكرة يعي به الشخص المسن ويتسبب له في حالة من القلق والتحسر، لأنه يخشى أن يكون إيذاناً ببداية الإصابة بمرض الخرف (ألزايمر) أو بأشكال أخرى من الأمراض العصبية. حين يصل الأمر إلى هذه الدرجة من الهلع يجب إنجاز كشف عام (Bilan) لمعرفة ما إذا كان الأمر يتعلق بضعف عادي في الذاكرة أو بمرض الخرف. وتجدر الإشارة هنا إلى أن تناول بعض الأدوية المنومة أو المهدئة

للأعصاب بكيفية مستمرة من شأنه أن يضعف الذاكرة خصوصاً عند الأشخاص المسنين لهذا يحذر الأطباء من تناول هذه الأدوية لمدة طويلة أو بكيفية مزمنة.

ومن تجليات التشخيص السوي الاضطرابات النفسية التي تمر عبر مرحلتين : مرحلة تتميز بتناوب أحاسيس الضعف والقوة، ومرحلة تسودها أحاسيس دفيئة بأن الشخص المسن لم يعد نافعا، وبعكس ذلك نلاحظ أنه من الممكن جدا أن يعيش الشخص شيخوخته بصورة متوافقة بل قد يتألق من حيث القدرة التأملية والتصدي للضغوطات، وهذه أمور تؤكد ما أشير إليه سابقاً من التنوع الكبير في تجليات التشخيص حسب الأشخاص.

فيما يخص التشخيص المرضي

بداية يجب إقصاء التشخيص المبكر، لأنه حالة خاصة تدعى مرض (Werner) ويتعلق الأمر بعرض نادر ينتقل بالوراثة، خصائصه الظاهرة لا تتجلى إلا في العوامل المتماثلة وراثياً. إنه تشوه وراثي له علاقة بالـ (ADN) ولا يعالج أبداً. إن المرضى الذين يصابون بهذا العرض غالباً ما يكونون في سن الشباب بين 20 و 30 سنة، وهم قصار القامة وأطراف جسمهم غير متناسقة وكأنهم شاخوا قبل الأوان، مع بياض وفقدان للشعر. ومما يلاحظ كذلك في هذه الحالة وجود تكتف في عدسة العين (Cataracte) يمنع الإبصار، وضمور في الجلد واضطرابات غددية، وإصابة بداء السكري.

وبغض النظر عن التجليات المتماثلة لمرض (فيرنر) هذا والتي هي شبه نمطية فإن التغيرات التي يتسبب فيها التشخيص السوي أو المرضي، كما سبق ذكره، متنوعة، والاختلاف كبير بين الأشخاص في معاناة تلك الآثار والتعامل معها. وإذا كانت التغيرات الناجمة عن التشخيص تنوالى مع تقدم السن فإن ذلك ينعكس على ممارسة طب التشخيص (Gériatrie).

فالأمر يتعلق بمصابين مسنّين جسدياً وبيولوجياً، حالتهم الجسمية هشّة ويعانون في الغالب مشاكل صحية متعددة، جسمية ونفسية، وبقاؤهم على قيد الحياة مرهون بالأدوية الطبية التي ينبغي أن يتناولوها بشكل دائم، وهؤلاء المسنون المعالجون يتميزون بعدد من السمات :

1 - انخفاض استتبابهم (Diminution de leur homéostasie) أي انخفاض قدرة الحفاظ على الوظائف الفسيولوجية المتقلصة، أو تثبيتها. وهذا الانخفاض من شأنه أن يقلص هامش سلامة يسمح بأن تؤدي الأعضاء وظائفها، وأن يزيد من مخاطر التحلل في حالة الإصابة بمرض. وهذا التحلل يمكن أن يمس عدة أعضاء وأن يقع بشكل متسلسل. ومعلوم أن تعرّض الشيخ المريض لأية إصابة يتسبب، وبسرعة في تعقيدات، والنتيجة أن الاستشفاء يكون طويلاً والعلاج بطيئاً، والنقاها تأخذ وقتاً مديداً.

2 - إن أمراض الشخص المسن تكون غالباً شاذة لا تخضع لأية نمذجة مما يجعل التشخيص الطبي صعباً والمعالجة مؤجلة. أضف إلى هذا أن مبحث الأعراض يكتنفه بعض الغموض، واستجواب المعالج عن سوابقه الصحية وبداية مرضه لا يوفر المعلومات الكافية، لأن الإجابات تكون في الأعم فضفاضة. إن المريض المسن يتكون له تصور شخصي عن مرضه الذي يعلله غالباً بسنه بل ولا يعير لمؤشرات هذا المرض الأهمية اللازمة من جراء خوفه من الوقوع في حالات محتملة من اليأس والحسرة والانهيال العصبي.

3 - إن الأعراض المرضية المتعلقة بالشخص المسن متعددة ومتشابهة نذكر ما هو متواتر منها :

- التعقيدات الناجمة عن تجليات تصلب الشرايين الذي يصيب بالأساس أوردة القلب والدماغ.

- شيوع داء المفاصل.

- تخلخل العظام (Ostéoporose) وخطر الكسر من جراء أبسط حوادث السقوط.

- إصابات الجهاز العصبي ومنها بالخصوص مرض (Parkinson).

- الاضطرابات النفسية المختلفة وبخاصة تردد حالات الانهيار العصبي.

وأخيراً الإصابة بأنواع مختلفة من السرطان الذي يكثر احتمال إصابة المسنين به.

وإزاء هذه الأعراض المرضية تكون مهمة الطبيب جد صعبة، لدرجة أن غاية الطبيب في بعض الأحيان لا تكون هي شفاء المسن المريض، بل فقط وحسب الإمكان التخفيف من آلامه وتمكينه من أن يحافظ على استقلاله الذاتي وتأمين متابعة أحواله، إن هذه المتابعة ضرورية نظراً لإمكان تعرض الأعضاء لإصابات تكون في الغالب مصحوبة باضطرابات نفسية. لذلك يكون المريض المسن في حاجة إلى أن نرفع له معنوياته خاصة في بعض اللحظات الحرجة بسبب أحداث كبرى قد تحصل له في نهاية حياته كفقْدان الزوج أو الزوجة أو أحد الأقرباء. والهدف المتوخى هو أن نُجنب الشيخ التهلكة وأن نعينه على الاستمرار في الحياة بأي ثمن.

وهذا أمر لا يمكن القيام به بشكل سهل، لأنه يطرح مشاكل تقنية ويستوجب بنيات أساسية للتدخل، ويتطلب على الخصوص تفانياً نموذجياً من طرف الأطر الطبية التي ترعى الشيخ. نحن هنا نثير مشكلة كبرى هي التضامن الإنساني واحترام الأخلاقيات المهنية التي قد تكون موضوع حديث مقبل.

وقبل أن أنهي الكلام عن التشخيص الفردي أود أن أذكر بأنه من الصعوبة بمكان إقامة حد فاصل بين التغيرات المرتبطة بالتشخيص السوي والتشخيص المرضي.

تشخيص الساكنة

هناك ظاهرة بارزة تترتب عن التقدم الحاصل في تأمين الماء الشروب وشروط السلامة الصحية وتوفير التغذية، وكذا عن التقدم الذي يحققه الطب سواء في مجال المعالجات أو في مجال التدابير الوقائية، هذه الظاهرة هي انخفاض نسبة الوفيات انخفاضاً كبيراً في كل الدول المتقدمة، وبدرجة أقل في الدول السائرة في طريق النمو. وينجم عن هذا الانخفاض الكبير الزيادة في متوسط العمر من جهة، والزيادة المدهشة في صفوف الأشخاص المسنين من جهة أخرى. ففي الولايات المتحدة مثلاً ارتفع هذا الأمل من 47 إلى 77 سنة، أي بزيادة 62 ٪ .

وفي فرنسا كان أمل الحياة في بداية سنة 2002 هو 83 سنة بالنسبة للنساء و 75,5 سنة بالنسبة للرجال⁽⁸⁾. وفي المغرب كان الأمل في الحياة يصل إلى زهاء 47 سنة في الخمسينات من القرن الماضي، أما اليوم فهذا المتوسط يبلغ حسب إحصائيات الأمم المتحدة 69 سنة، 67 سنة بالنسبة للرجال و 71 سنة بالنسبة للنساء. في بلادنا كذلك يبلغ عدد الأشخاص المسنين اليوم ما يزيد قليلاً عن مليوني شخص أي نسبة 7 ٪ من ساكنة المغرب، ويزداد تشيخ الساكنة كل سنة بما نسبته 2,8 ٪ .

وتجدر الإشارة إلى أن عدد سكان العالم سينتقل خلال قرنين (أي من 1900 إلى 2100) من مليار و 600 مليون نسمة إلى 11 مليار نسمة⁽⁹⁾، وسينجم عن هذه الزيادة تغير هائل في البنية العمرية للساكنة (Tranches d'ages de la population). إن هذه التطورات الديمغرافية بدأت تفرز مشاكل بالنسبة للطب ومهنيي الصحة، هكذا سيكون على الطلبة الذين يدرسون الطب اليوم أن يعوا أن عليهم أن يخصصوا جهداً كبيراً، بعد حصولهم على الدكتوراه للتكفل أكثر فأكثر بالأشخاص المسنين.

ويلاحظ أن هذه البلدان بدأت تعرف تغيراً في التوجيه بإدخال مادة علم الشيخ (Gérontologie) ضمن المواد الإلزامية في التعليم الطبي بالنسبة للسلك الثاني. وقد دخل هذا الإصلاح فعلاً في طور التنفيذ منذ سنة 1997 في فرنسا.

نلاحظ من ناحية أخرى أن في فرنسا وألمانيا وانجلترا والولايات المتحدة سيتضاعف عدد الأشخاص المسنين الذين يفوق عمرهم 60 سنة في العشرينات المقبلة وبكيفية موازية سينخفض الشطر العمري من 0 إلى 15 سنة، بسبب الانخفاض الكبير في نسبة المواليد⁽¹⁰⁾.

من ناحية أخرى تبين التوقعات انطلاقاً من المعطيات الإحصائية أنه من الآن وإلى سنة 2030 سينخفض عدد الساكنة النشيطة من 16 إلى 69 سنة بنسبة 5,4 ٪، وهذا الانخفاض سيصل في بعض الدول إلى 15 ٪ في إسبانيا، و18 ٪ في إيطاليا، و24 ٪ في ألمانيا⁽¹¹⁾.

وكنتيجة لهذا التطور الديمغرافي يطرح الشيخ مشاكل كثيرة على السلطات العمومية منها :

– مشاكل لها علاقة بالمالية لأن الشيخ يتسبب في زيادة الإنفاق العمومي، فبالإضافة إلى أداء رواتب التقاعد والمعاشات، يجب تأمين الميزانية لتعويضات العناية الصحية التي أصبحت تثقل كاهل مؤسسات التأمين الاجتماعي. يضاف إلى هذا كله صعوبة مواجهة الأزمة الاقتصادية التي تترتب عن ارتفاع أعداد العاطلين عن الشغل وانخفاض أعداد الأشخاص النشيطين.

– مشكل ثانٍ ويتعلق بإمكانية إعادة هيكلة سوق التشغيل، لأن على الأشخاص الذين يتطلعون إلى العيش طويلاً أن يتلاءموا مع التغيرات قصد الانتقال بدون صعوبة كبيرة من شغل إلى آخر بواسطة استثمارٍ أدنى وضروري في التكوين.

- مشكل ثالث وهو مساعدة الأشخاص المسنين على أن يبقوا نشيطين ومتمتعين باستقلالهم الذاتي مع تقدمهم في السن، وكذا إتاحة الفرصة لهم لملء أوقات فراغهم فيما تبقى لهم من سنوات الحياة وحسب إمكانياتهم الخاصة.

- مشكل رابع وهو التوازن الجديد الذي يجب أن يتحقق للأشخاص بين التحميلات والمسؤوليات الفردية والجماعية، وأكد أن الصرف العمومي قد يتقلص ويستوعب جزئياً إذا ما تدخل القطاع الخاص، وإذا ما انتهج أسلوب التضامن الجماعي الفاعل الموجه نحو المساندة المادية والمعنوية للشخص المسن، ونحو أخلاقيات مبنية على احترام الكائن البشري.

خلاصة القول

يمكن اعتبار التشيخ، تأثيراً للزمان على الحياة وكما قال الفيلسوف البلجيكي هارشير (Haarscher) "فإن يشيخ الإنسان معناه الإحساس بمحدودية الوجود".

في إطار هذه الرؤية حاولت من جهة أن أحدد مفهوم التشيخ لنتبين مختلف أوجهه، سواء منه السوي أو المرضي، كما حاولت من جهة أخرى عرض النظريات الأساسية الشارحة له وعلى مظاهره السريرية والبيولوجية.

هكذا نكون قد علمنا، من خلال ما تطرقنا إليه، أن التغيرات التي تلحق الخلايا في مختلف أطوار الحياة تؤدي في النهاية إلى التشيخ. وهذا الأخير يكون في البداية بيولوجيا، وتصحبه إصابات تمس كل الأعضاء وبالأخص الدماغ مما يستوجب تكفلا طبيا للتشيخ بصفة مركزة.

إنّ الطب، كما رأينا وعبر انتصاراته الكبرى على الأمراض والأوبئة، كان السبب في ارتفاع متوسط الأمل في الحياة وتشيخ الساكنة، لكن ينبغي، ورغم كل هذا، أن نكون يقظين تجاه الثقل الكبير للتحملات الباهظة التي على المجتمع أن

يتحملها لتمويل تقاعد الأشخاص المسنين ومعاشاتهم، وهي تحملات تتضاعف بالنظر إلى العدد المتضائل للأشخاص المنتجين.

ولعل القارئ قد أدرك صعوبة الموضوع لأنه يدخل تحت طائلة تخصصات معرفية متعددة ومتنوعة كالطب والبيولوجيا والسوسيولوجيا والديمغرافية والاقتصاد... فهل يا ترى وفق هذا البحث في توضيح بعض عناصر التشخيص رغم كل الصعوبات المذكورة ؟

Bibliographie

- 1 - Eric le Bourg : Augmentation expérimentale de la longévité. In "Le vieillissement en question" C.N.R.S. Editions Paris, 1998.
- 2 - Jean Dausset : " Le vieillissement" - cahiers du mouvement universel pour la responsabilité scientifique (M.U.R.S.). Cahier n° 2, 1985.
- 3 - Guy Lazorthes : "L'homme, la société et la médecine". Masson, 1995, Paris.
- 4 - Ladislav Robert : "Le vieillissement". C.N.R.S. Editions Paris, 1994.
- 5 - Thomas Perl : A.A. Pucca and all
A Genom-wide scan for linkage to human exceptional
Longevity identifies a locus in chromosome 4
Proceedings of the National Academy of Sciences
Vol. 98, 28 Août 2001.
- 6 - Gerard J. Lightar: "Le vieillissement". Editions de l'Université de Bruxelles - 1997.
- 7 - Martin L. Albert : "Le vieillissement". Edition de l'Université de Bruxelles - 1997.
- 8 - Espérance moyenne de vie en France, in Le Monde du 7 février 2002.
- 9 - Etienne Emile Baulieu: in " Qu'est-ce que la vie?". Editions Odile Jacob 2000 - Paris.
- 10 - J.M. Chabot : Revue du Praticien 1^{er} novembre 1997, tome 47, 1975.
- 11 - Philippe Pitaud : In "Gérontologie Sociale" p.9. Editions Eres 1999, Ramonville Saint Agne.